

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXXI

Capítulo 1

DOR ABDOMINAL CRÔNICA NA INFÂNCIA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E MANEJO CLÍNICO

DÉBORA COUTO DA ROSA¹

JAQUELINE LARISSA WELKE²

CARINE ALESSANDRA ALVES DE SOUZA RAMOS OKAMOTO³

EDUARDO ANTONIO RHODEN DE ARAUJO⁴

¹Discente - Medicina da Universidade Feevale. Mestrado em Virologia (Universidade Feevale). Especialista em Hematologia Laboratorial (PUCRS). Biomédica (Universidade Feevale).

²Discente - Medicina da Universidade Feevale.

³Discente - Medicina da Universidade Feevale. Enfermeira (UPF).

⁴Médico - Médico Pediatra e Neuropediatra (HCPA-UFRGS). Mestrado em Diversidade e Inclusão (Universidade Feevale). Docente do Curso de Medicina da Universidade Feevale.

Palavras-chave: Distúrbios da Interação Intestino-Cérebro (DGBI); Doenças Orgânicas; Diagnóstico Diferencial.

DOI

10.59290/0291020920

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica (DAC) é um conjunto de doenças orgânicas e funcionais, com prevalência variando entre 0,3 a 19% em países desenvolvidos e até 41% em países em desenvolvimento (LIU *et al.*, 2026). A DAC pode ser diferenciada conforme sua causa em dor abdominal funcional (DAF) e orgânica (DAO), sendo geralmente uma doença funcional (88,3%), sem causas orgânicas associadas (SBP, 2019; LIU *et al.*, 2026; LEE *et al.*, 2026). Conforme o Roma V, as DAF são distúrbios da interação intestino-cérebro (DGBI) e incluem 6 categorias, dispepsia funcional (DF), síndrome do intestino irritável (SII), síndrome da dor abdominal não especificada (APS-NOS), enxaqueca abdominal, síndrome da dor biliar e síndrome da dor abdominal de mediação central (CAPS) (DI LORENZO *et al.*, 2026). Já doenças orgânicas que incluem a dor abdominal como um dos sintomas são doença celíaca, esofagite eosinofílica (EoE), cálculos biliares, infecção urinária, alergia à proteína do leite de vaca (APLV), parasitoses, entre outras (SBP, 2019; LIU *et al.*, 2026; DI LORENZO *et al.*, 2026). Devido aos sintomas da dor abdominal crônica serem semelhantes ao de outras doenças gastrointestinais, o diagnóstico diferencial se torna necessário para o manejo correto do paciente e alívio dos sintomas físicos e psicológicos. Com isso, o objetivo deste capítulo é revisar as evidências científicas acerca da abordagem diagnóstica e terapêutica da dor abdominal crônica na infância, destacando o raciocínio clínico para diferenciação entre causas funcionais e orgânicas, e as estratégias atuais de manejo.

MÉTODO

O presente capítulo é uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed, Scopus, *Web of*

Science, Portal de Periódicos CAPES e LILACS, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram consideradas publicações em português e inglês, no período de 2019 a 2026. A estratégia de busca foi composta por descritores e palavras-chave relacionados à dor abdominal e à população pediátrica, considerados pertinentes para a pesquisa. Foram incluídos artigos originais, estudos observacionais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises e revisões de relevância para a temática, desde que publicados no período estabelecido, nos idiomas selecionados e disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos duplicados, disponibilizados exclusivamente na forma de resumo, sem acesso ao texto completo ou que não apresentassem relação direta com a temática ou com a população pediátrica. Também foram consultadas diretrizes e recomendações nacionais e internacionais, incluindo os critérios de Roma V, *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN), *North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (NASPGHAN), Sociedade Brasileira de Gastroenterologia (SBG), *American College of Gastroenterology* (ACG) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Os estudos e documentos selecionados foram analisados qualitativamente e sintetizados de acordo com os principais aspectos relacionados à avaliação, diagnóstico diferencial e manejo da dor abdominal crônica na infância e adolescência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abordagem inicial do paciente com DAC

Para uma avaliação completa do paciente é necessário coleta minuciosa da história clínica e avaliação da dor abdominal com caracterização da dor, incluindo o tipo, duração, frequência, gravidade e local, assim como os hábitos

intestinais, sintomas associados, eventos estressores e fatores de risco potenciais (DI LORENZO *et al.*, 2026; SEETHARAMAN, 2025). Os sintomas relacionados ao quadro funcional podem incluir constipação, diarreia, náuseas, inchaço abdominal, cefaleia, dores no corpo, no tórax, nas articulações e nas costas, entre outros, e auxiliar na diferenciação da patologia (RAJINDRAJITH *et al.*, 2024, SBP, 2019; SEETHARAMAN, 2025). Em relação aos sintomas de alerta, eles incluem principalmente perda de peso involuntária, perda de sangue pelo trato gastrointestinal, vômitos recorrentes, diarreia grave, dor persistente no quadrante superior ou inferior direito, cefaleia, anorexia, desaceleração do crescimento linear ou artralgia, e geralmente indicam causas orgânicas, sendo fundamental uma investigação mais aprofundada na presença de um ou mais destes sintomas (SBP, 2019; SEETHARAMAN, 2025).

O exame físico será fundamental para excluir causas orgânicas e raramente será necessário extensas investigações. Contudo, exames de sangue e análise de fezes podem ser uma boa ferramenta para exclusão de doenças inflamatórias, doença celíaca, entre outras causas orgânicas (DI LORENZO *et al.*, 2026). A SBP (2019) recomenda a realização de exames laboratoriais, incluindo hemograma, exame de urina e parasitológico de fezes, para uma análise inicial básica e, se necessário, uma avaliação mais ampla. Na última década, a calprotectina fecal tem sido um biomarcador não invasivo confiável de mucosa intestinal, que, junto a outros exames, auxilia no diagnóstico diferencial inicial (LIU *et al.*, 2026; SEETHARAMAN, 2025). Já o teste de sangue oculto fecal, também não invasivo, é muito utilizado ainda na prática clínica, contudo seus

resultados não são muito confiáveis devido a falsos positivos de dieta ou medicamentos (LIU *et al.*, 2026). Embora a endoscopia e a histologia ainda sejam os padrões-ouro para diferenciar a DAF das DAO, elas nem sempre são uma escolha viável de triagem inicial, devido a ser um exame invasivo, acarretar riscos anestésicos, ter um custo mais alto e aumentar a ansiedade do paciente e dos pais ou os sintomas abdominais da criança (LIU *et al.*, 2026; RAJINDRAJITH *et al.*, 2024). Além disso, estudos mostraram que as investigações laboratoriais e de imagem não contribuem significativamente para descartar distúrbios orgânicos em crianças com sintomatologia sugestiva de causa funcional, reforçando o diagnóstico clínico e a necessidade de sintomas de alarme para maiores investigações (RAJINDRAJITH *et al.*, 2024).

Por ser uma doença multifatorial, é importante também realizar uma avaliação psicológica, visto que eventos traumáticos na infância também podem impactar o eixo cérebro-intestino, levando a hipersensibilidade visceral, motilidade gastrointestinal anormal, disfunção na barreira intestinal e mudanças na microbiota intestinal (DI LORENZO *et al.*, 2026; RAJINDRAJITH *et al.*, 2024). Ademais, a DAC tem um impacto significativo na vida das crianças, tanto físico, como emocional, social e escolar. A alteração dos hábitos intestinais e a gravidade e frequência da dor impactam negativamente na qualidade de vida das crianças. Com isso, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), já se mostrou muito eficaz para auxílio na modificação dos pensamentos, emoções e comportamentos da criança e de seus pais, estando associada a melhora dos sintomas de dor abdominal e melhor estado psicológico (RAJINDRAJITH *et al.*, 2024).

DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS

Síndrome do intestino irritável

A SII é um DGBI caracterizado principalmente pela presença recorrente de desconforto abdominal associado a alterações do hábito intestinal (BLACK & FORD, 2025). A manifestação da síndrome está relacionada a diferentes mecanismos, entre eles alterações da motilidade intestinal, aumento da sensibilidade visceral, modificações na comunicação entre o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal, fatores alimentares e alterações da microbiota intestinal (CHOI *et al.*, 2025). A SII apresenta diferentes manifestações clínicas, sendo geralmente classificada de acordo com o padrão predominante das evacuações, dessa forma, pode ser classificada em SII com constipação (SII-C), SII com diarreia (SII-D), SII com padrão misto (SII-M), quando há alternância entre constipação e diarreia, e SII não classificada, quando o padrão intestinal não se enquadra adequadamente nas categorias anteriores (CHEEMA & MATHARU, 2023).

A investigação do paciente com suspeita de SII deve iniciar por uma anamnese detalhada, investigando o início da sintomatologia, sua duração, frequência, localização da dor, relação com a alimentação e evacuação, padrão das fezes e presença de alterações na frequência intestinal (BLACK & FORD, 2025). Durante a avaliação clínica, devem ser investigados sinais e sintomas de alarme, incluindo hemorragia gastrointestinal (hematochezia ou melena), anemia, perda ponderal involuntária, febre, presença de massa ou tumor abdominal palpável, sintomas gastrointestinais noturnos, início recente dos sintomas em pacientes de idade mais avançada, história familiar de neoplasia colorretal e doença inflamatória intestinal ou doença celíaca (CHOI *et al.*, 2025). A investigação

diagnóstica da SII deve ser individualizada, conforme a apresentação clínica e a presença de sinais de alarme, o hemograma auxilia na identificação de anemia e alterações hematológicas, enquanto a proteína C reativa (PCR) pode contribuir para a investigação de processos inflamatórios (BLACK & FORD, 2025). Em pacientes com predomínio de diarreia, recomenda-se considerar a sorologia para doença celíaca e a dosagem de calprotectina fecal, esta última útil na diferenciação entre SII e doença inflamatória intestinal, o exame parasitológico de fezes pode ser solicitado conforme aspectos epidemiológicos e características clínicas da diarreia, os exames de imagem, como ultrassonografia e tomografia computadorizada, devem ser solicitados conforme a suspeita clínica de doenças orgânicas (CAMILLERI & BOECKXSTAENS, 2023).

Conforme os critérios de Roma V, para definir o diagnóstico da SII devem ser incluídos o desconforto abdominal intermitente, ocorrendo, em média, em pelo menos 4 dias por mês, associada a um ou mais dos seguintes aspectos: (a). Relacionada à evacuação (ou seja, com piora ou melhora da dor após a evacuação); (b). Alteração na frequência das evacuações; (c). Alteração na forma (aparência) das fezes. (1) o desconforto abdominal é o sintoma predominante. (2) Após avaliação apropriada, os sintomas não podem ser completamente explicados por outras condições médicas. Os critérios devem estar preenchidos por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico (DI LORENZO *et al.*, 2026).

O tratamento da SII deve ser individualizado, considerando o fenótipo clínico, a intensidade dos sintomas e o padrão predominante das alterações do hábito intestinal, a abordagem terapêutica inclui medidas não farmacológicas, como orientação dietética individualizada, prática regular de atividade física, adequada

hidratação, estabelecimento de hábitos intestinais e manejo de fatores psicossociais (BLACK; FORD, 2025).

Dispepsia funcional

A DF é um DGBI caracterizado pela presença de sintomas dispépticos persistentes ou recorrentes, sem evidência de doença estrutural que justifique as manifestações clínicas. A sintomatologia mais prevalente inclui plenitude pós-prandial, saciedade precoce, dor epigástrica e queimação epigástrica, podendo ocorrer distensão abdominal, náuseas e eructações. A condução clínica deve iniciar-se pela anamnese e pelo exame físico, com investigação da duração, frequência e características dos sintomas, uso de medicamentos, hábitos alimentares e presença de sinais de alarme, como perda ponderal involuntária, anemia, sangramento gastrointestinal, disfagia, vômitos persistentes e história familiar de neoplasia gastrointestinal. A investigação complementar deve ser individualizada, a endoscopia digestiva alta (EDA) é indicada conforme idade, fatores de risco e presença de sinais de alarme, enquanto a pesquisa de *Helicobacter pylori* deve ser considerada nos pacientes sem indicação imediata de endoscopia; outros exames laboratoriais e de imagem são solicitados conforme a suspeita clínica (BLACK *et al.*, 2022).

Conforme os critérios de Roma V, para o diagnóstico de dispepsia funcional, deve estar presente um ou mais dos seguintes sintomas incômodos: (1) Plenitude pós-prandial; (2) Saciedade precoce; (3) Dor ou queimação epigástrica. Os critérios devem estar preenchidos por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico. A dispepsia funcional apresenta dois subtipos: Síndrome do Desconforto Pós-Prandial (PDS); Síndrome da Dor Epigástrica (EPS). A Síndrome do Desconforto Pós-Prandial (PDS) deve apresentar um ou mais dos seguintes sintomas

incômodos pelo menos 3 dias por semana: (1) Plenitude pós-prandial incômoda, (2) Saciedade precoce. A Síndrome da Dor Epigástrica (EPS) deve apresentar um ou mais dos seguintes sintomas incômodos, pelo menos 3 dias por semana: (1) Dor ou queimação localizada no epigástrio; (2) A dor não está presente em nenhuma outra região abdominal ou torácica (DI LORENZO *et al.*, 2026; DROSSMAN *et al.*, 2026).

O tratamento é individualizado e pode incluir erradicação do *H. pylori* quando identificado, medidas dietéticas, orientação quanto aos hábitos alimentares e, conforme a resposta terapêutica, utilização de inibidores da bomba de prótons, procinéticos ou neuromoduladores, especialmente antidepressivos tricíclicos em pacientes selecionados (MAHADEVA *et al.*, 2026).

Síndrome da dor abdominal não especificada

A APS-NOS corresponde à presença de desconforto abdominal cuja etiologia não foi estabelecida após a avaliação clínica inicial, devendo ser diferenciada dos DGBIs e das causas orgânicas de desconforto abdominal (DI LORENZO *et al.*, 2026). Os sinais e sintomas variam conforme a localização, intensidade, duração e características da dor, podendo estar associados a náuseas, distensão abdominal, alteração do hábito intestinal e sintomas urinários. A condução do paciente deve iniciar-se pela anamnese e exame físico, caracterizando a dor quanto à localização, irradiação, início, duração, intensidade, fatores desencadeantes e sintomas associados, além da investigação de sinais de alarme, como febre, vômitos persistentes, hemorragia gastrointestinal, anemia, perda ponderal involuntária, icterícia, massa abdominal e sinais de irritação peritoneal (HUANG *et al.*, 2023). Os exames comple-

mentares devem ser solicitados de forma individualizada, de acordo com a hipótese diagnóstica, podendo incluir hemograma, PCR, função hepática, amilase e lipase, exame de urina e exames de imagem, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada, quando houver indicação clínica (TANG *et al.*, 2022).

De acordo com os critérios de Roma V, devem ser preenchidos, em média, por pelo menos 4 dias por mês e incluir todos os seguintes critérios: (1) Desconforto abdominal intermitente, que não ocorre exclusivamente durante as refeições. (2) Critérios insuficientes para o diagnóstico de: síndrome do intestino irritável (SII); dispepsia funcional; enxaqueca abdominal; ou síndrome da dor biliar. (3) Após avaliação apropriada, o desconforto abdominal não pode ser completamente explicado por outra condição médica. Os critérios devem estar preenchidos por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico. O manejo deve ser individualizado, considerando as características clínicas, a presença de sinais de alarme e a evolução dos sintomas, com reavaliação quando necessário (DI LORENZO *et al.*, 2026).

Enxaqueca abdominal

A enxaqueca abdominal é um DGBI caracterizado por episódios recorrentes de desconforto abdominal, geralmente acompanhados de sintomas autonômicos, com períodos de completa ou quase completa ausência de sintomas entre as crises. A sintomatologia mais prevalente inclui desconforto abdominal de intensidade moderada a grave, geralmente localizada na região periumbilical ou difusa, associada a náuseas, vômitos, anorexia, palidez e fotofobia ou cefaleia em alguns pacientes. A condução clínica deve iniciar-se por anamnese detalhada e exame físico, investigando duração, frequência, características das crises, fatores desencadeantes, histórico pessoal ou familiar de enxa-

queca e presença de sinais de alarme, como perda ponderal, febre, sangramento gastrointestinal, dor progressiva ou sintomas neurológicos. O diagnóstico é predominantemente clínico, e os exames complementares não são necessários de rotina quando a apresentação é típica e não existem sinais de alarme; hemograma, marcadores inflamatórios, exames metabólicos, urinalise e exames de imagem podem ser solicitados quando houver suspeita de causas orgânicas ou apresentação atípica (DING *et al.*, 2026).

Conforme os critérios de Roma V, devem incluir todos os seguintes critérios, ocorrendo pelo menos duas vezes: (1) Episódios paroxísticos de desconforto abdominal intensa e aguda, localizada na região periumbilical, na linha média ou de forma difusa, com duração de 1 hora ou mais. A dor deve ser o sintoma mais intenso e incapacitante. (2) Os episódios devem ser separados por pelo menos 1 semana. (3) A dor deve ser incapacitante e interferir nas atividades habituais. (4) Deve haver um padrão estereotipado de sintomas no paciente, ou seja, os episódios devem apresentar características semelhantes entre si. (6) Após avaliação apropriada, os sintomas não podem ser completamente explicados por outra condição médica, os critérios devem estar preenchidos por pelo menos 6 meses antes do diagnóstico (DI LORENZO *et al.*, 2026).

O tratamento inclui orientação sobre hidratação, alimentação regular, sono adequado e identificação de fatores desencadeantes, além de medidas farmacológicas quando indicadas, podendo envolver antieméticos, analgésicos e medicamentos utilizados na profilaxia da enxaqueca em pacientes com crises frequentes ou incapacitantes, a abordagem deve ser individualizada, considerando a frequência e intensidade dos episódios e o impacto dos sintomas

sobre as atividades cotidianas (DING *et al.*, 2026).

Constipação

A constipação é um sintoma muito comum mundialmente e ele pode estar associado a causas orgânicas de forma secundária, mas principalmente à causa funcional (95%), sendo necessário um diagnóstico diferencial (DI LORENZO *et al.*, 2026; SBP, 2019). Os sintomas de constipação funcional (CF) incluem evacuações duras, pouco frequentes e dolorosas, com dor abdominal ou incontinência fecal. Embora não esteja no grupo de distúrbios de dor abdominal do Roma V, a dor abdominal é uma consequência frequente da constipação, presente em cerca de 65% das crianças com algum distúrbio de defecação (DI LORENZO *et al.*, 2026).

O diagnóstico da CF é basicamente clínico, sendo necessário uma boa anamnese que inclua o momento de eliminação do mecônio, a idade de início dos sintomas, presença de comportamento de retenção das fezes, características das fezes, sintomas associados ou déficits neurológicos, além de hábitos alimentares, visto que pode estar associada à baixa ingestão de fibras (DI LORENZO *et al.*, 2026; SBP, 2019). Os sintomas associados podem incluir dor à evacuação, sangue nas fezes ou no papel higiênico, incontinência fecal e sintomas urinários. Já os sintomas de alerta incluem alterações rápidas nos hábitos intestinais, fezes com sangue, perda de peso inesperada de 3kg ou mais em 6 meses, febre, dor nas articulações e achados físicos anormais (IHARA *et al.*, 2025). Ao exame físico abdominal, pode ser identificado uma massa fecal móvel no quadrante inferior esquerdo e na região suprapúbica, além de ser possível avaliar o inchaço abdominal, a intensidade dos sons peristálticos, a localização de sons timpânicos e a presença de outras

massas. O exame visual do reto pode ser realizado para verificar prolapso anal e vazamento das fezes, e o exame de toque retal é útil para avaliar o tônus muscular, a consistência e a quantidade de fezes, a presença de anomalias anatômicas, o tamanho da âmpola retal, estenose anal, massas fecais, nódulos e aderências (IHARA *et al.*, 2025; DI LORENZO *et al.*, 2026). Conforme as diretrizes da SBG, o ultrassom, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada não apresentam evidências suficientes que justifiquem seu uso, mesmo sendo frequentemente utilizadas na prática da clínica geral (IHARA *et al.*, 2025). Já a manometria anorretal, a biópsia retal por sucção, o enema opaco e a manometria colônica podem ser indicados ocasionalmente para diagnosticar causas orgânicas de constipação, em caso de presença de sinais de alerta (IHARA *et al.*, 2025; DI LORENZO *et al.*, 2026).

Conforme os critérios de Roma V, para definir o diagnóstico de CF devem ser incluídos pelo menos 2 dos seguintes critérios, com duração de pelo menos 1 mês, antes do diagnóstico: 2 ou menos defecações por semana (a), pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana (b), histórico de postura de retenção, esforço ou retenção inadequada de fezes (c), histórico de evacuações dolorosas ou duras (d), presença de uma grande massa fecal no reto (e) e histórico de fezes de grande calibre (f). Posteriormente à uma avaliação apropriada, os sintomas não devem ser explicados por outra condição médica e não podem preencher os critérios de SII (DI LORENZO *et al.*, 2026).

O tratamento da CF deve ser individualizado, incluindo psicoterapia e educação familiar, mudanças alimentares, terapia farmacológica e, em alguns casos, tratamentos mais invasivos. Para o tratamento medicamentoso podem ser utilizados laxantes e soluções de lavagem tanto orais quanto retais (enemas e

supositórios) que vão levar a desimpactação fecal (DI LORENZO *et al.*, 2026). Quanto à terapia de manutenção, para crianças com mais de 6 meses de idade, o polietilenoglicol é recomendado como terapia de primeira linha. Para crianças que não responderem a essa linha de tratamento, adicione um laxante estimulante. Em caso de constipação refratária, quando não respondem ao tratamento padrão após 3 meses, intervenções como enemas de irrigação transanal, biofeedback com toxina botulínica, fisioterapia pélvica e enemas anterógrados mostraram-se eficazes (DI LORENZO *et al.*, 2026; IHARA *et al.*, 2025).

DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS ORGÂNICOS

Doença celíaca

A doença celíaca (DC) é um distúrbio autoimune sistêmico crônico desencadeado pelo glúten, em indivíduos com predisposição genética. A apresentação clínica da DC pode ser manifestada de 3 maneiras, na forma intestinal, a mais clássica, extraintestinal e assintomática. A forma clássica é caracterizada por dor abdominal, flatulência, vômitos, constipação e diarreia crônica, geralmente acompanhada de distensão abdominal e perda de apetite e peso, sendo a forma mais prevalente em crianças. Por outro lado, a doença extraintestinal é caracterizada pela ausência de manifestações digestivas ou quando estas se encontram em segundo plano, destacando-se a dermatite herpetiforme, baixa estatura, osteoporose, anemia ferropriva, artrite, cefaleia, fadiga, entre outros (BRASIL, 2025).

A investigação para DC em crianças é iniciada quando há presença de algum dos sintomas citados ou quando há algum fator de risco, como parentes de primeiro grau celíacos, pacientes com doença autoimunes, síndromes

genéticas (Down, Turner ou Williams), síndrome do intestino irritável, síndrome da dor abdominal não especificada, diarreia abdominal e inchaço abdominal intestinal (BRASIL, 2025; DI LORENZO *et al.*, 2026). Conforme a EPSGHAN e o ACG, em casos de suspeita de DC, a triagem inicial é realizada através do exame de IgA total e TGA-IgA, após verificação de consumo de glúten em quantidades normais. Em crianças com valores de IgA sérico normais, deve ser utilizado o TGA-IgA (anticorpos contra transglutaminase do tipo 2), independente da idade, já quando os valores de IgA total estão abaixo do limite inferior, pode ser realizado um teste de IgG (anticorpos contra peptídeo de gliadina deaminada - DGP, anticorpos anti-endomisiais - EMA; ou TGA). Caso os testes iniciais sejam compatíveis com DC, a criança deve ser encaminhada para especialista em gastroenterologia. Uma conduta diagnóstica não invasiva pode ser considerada quando os valores de TGA-IgA são $\geq 10x$ o limite superior da normalidade e quando uma segunda amostra coletada seja positiva para EMA-IgA. A biópsia só deve ser realizada quando TGA-IgA positivo, porém em titulações baixas ($<10x$ o limite superior). Em casos de suspeita de sorologias com resultados falso negativos, pode ser considerada a determinação de antígeno leucocitário humano (HLA) DQ2 e DQ8, contudo estes testes não estão disponíveis na rede pública ainda. Importante ressaltar, que os exames devem ser realizados sob dieta contendo glúten, pois a restrição ao glúten pode levar a falsos negativos (RUBIO-TAPIA *et al.*, 2023; BRASIL, 2025).

O monitoramento após o diagnóstico do paciente deve ser realizado por médico e nutricionista a cada 3 a 6 meses no primeiro ano e anualmente após o primeiro ano e estabilização dos exames (BRASIL, 2025). O tratamento da DC é a realização de uma dieta isenta de glúten,

“Gluten Free”, sendo necessário uma educação contínua dos pacientes, familiares e de sua rede de apoio para alcançar a adesão ao tratamento, estabelecendo conhecimento sobre os alimentos permitidos e os riscos de contaminação cruzada (BRASIL, 2025).

Doença Inflamatória Intestinal

A doença inflamatória intestinal (DII) compreende um grupo de afecções inflamatórias crônicas e imunomediadas do trato gastrointestinal, caracterizadas por um curso clínico dinâmico de períodos de atividade e remissão. Suas principais apresentações são a doença de Crohn (DC), a retocolite ulcerativa (RCU) e a DII não classificada, categoria reservada para casos em que a sobreposição de achados impede a diferenciação diagnóstica inicial. Embora a DII possa se manifestar em qualquer faixa etária, aproximadamente 25% dos pacientes apresentam os primeiros sintomas durante a infância ou adolescência. Nessa população, a inflamação sistêmica persistente acarreta repercussões graves e específicas, comprometendo diretamente o crescimento linear, o estado nutricional, o desenvolvimento puberal, a integridade óssea e a qualidade de vida global (LOMAZI *et al.*, 2023). Diante disso, o diagnóstico precoce mostra-se crucial; o retardo na identificação da doença eleva de forma expressiva o risco de complicações estruturais, hospitalizações recorrentes, necessidade de intervenções cirúrgicas, déficit estatural definitivo e prejuízo ao desenvolvimento infantil (SBP, 2024). Também é importante ressaltar, que a apresentação inicial da DII pediátrica frequentemente mimetiza condições gastrointestinais benignas comuns da infância, o que impõe um desafio adicional à sua pronta identificação (SBP, 2024).

A suspeita diagnóstica de DII pediátrica deve ser firmada a partir de sinais de alerta, tais como: hematoquezia, diarreia persistente ou

noturna, perda ponderal inexplicada, baixo ganho de peso, desaceleração do crescimento, atraso puberal, anemia, febre recorrente, fadiga limitante, manifestações extraintestinais, história familiar positiva e doença perianal. Embora isoladamente não confirmem o diagnóstico, esses achados elevam significativamente a probabilidade de uma patologia orgânica e justificam uma investigação direcionada, sendo imperativo o encaminhamento precoce ao gastroenterologista pediátrico caso haja suspeita de DII (SBP, 2024). A triagem diagnóstica inicial compreende a solicitação de hemograma, PCR, VHS, albumina, perfil de ferro, dosagem de vitaminas B12, D e folato, além de testes de função hepática e eletrólitos. Diretrizes contemporâneas de diagnóstico e monitoramento preconizam uma abordagem multimodal integrada, que combina a avaliação clínica e marcadores séricos, biomarcadores fecais como a calprotectina, endoscopia e métodos de imagem (KUCHARZIK *et al.*, 2025). Dentre as modalidades de imagem, destaca-se o papel crescente do ultrassom intestinal na DII pediátrica como ferramenta não invasiva, segura e acurada para a avaliação da atividade inflamatória e o monitoramento evolutivo (SBP, 2026). Atualmente, o alvo terapêutico transcende o alívio sintomático; busca-se o controle sustentado da inflamação e a cicatrização da mucosa para mitigar danos intestinais estruturais e prevenir complicações a longo prazo, seguindo as diretrizes terapêuticas do consenso nacional do GEDIIB, estruturadas conforme o fenótipo e a gravidade da doença (LOMAZI *et al.*, 2023).

Outras Causas Orgânicas

Entre as principais causas orgânicas que devem ser lembradas estão doença inflamatória intestinal, doença celíaca, doenças pépticas, infecções e parasitoses, intolerâncias alimentares, esofagite eosinofílica e causas ginecológi-

cas nas adolescentes (SBP, 2019). Antes de pensar em uma doença específica, é fundamental identificar os chamados sinais de alarme, os principais são: perda de peso, dificuldade ou atraso do crescimento, atraso puberal, febre persistente ou recorrente, dor que desperta a criança durante a noite, diarreia persistente ou noturna, sangue nas fezes, vômitos persistentes, disfagia, dor relacionada à alimentação, alteração importante no exame físico, anemia ou alterações dos marcadores inflamatórios, doença perianal, história familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou doença péptica, dor persistente localizada em quadrante superior ou inferior do abdome. A presença desses achados não estabelece automaticamente uma doença orgânica, mas aumenta a necessidade de investigação e pode indicar encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico (SBP, 2024).

A *H. pylori* é uma bactéria que coloniza a mucosa gástrica e está relacionada principalmente à gastrite crônica e à doença ulcerosa péptica. Um ponto importante em pediatria é que não se recomenda simplesmente testar todas as crianças com dor abdominal para *H. pylori* (HOMAN *et al.*, 2023). As parasitoses devem ser lembradas principalmente quando existem fatores epidemiológicos associados. A giardíase é uma das causas mais importantes de sintomas gastrointestinais persistentes, podendo causar sintomas de alarme. A intolerância à lactose ocorre quando a quantidade de lactose ingerida excede a capacidade de absorção intestinal, aspecto mais importante da história clínica é a relação temporal entre o consumo de leite/derivados e o aparecimento dos sintomas. Quando necessário, podem ser utilizados teste respiratório de hidrogênio ou estratégia de retirada temporária seguida de reintrodução orientada. A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica imunomediada do

esôfago, frequentemente associada a doenças atópicas (AMIL-DIAS *et al.*, 2024). A associação entre disfagia/impactação alimentar e história de atopia deve aumentar bastante a suspeita. A doença celíaca deve ser lembrada entre as causas de dor abdominal crônica, principalmente quando existem sintomas gastrointestinais associados a alterações nutricionais. A investigação inicial geralmente envolve anticorpos específicos. Em adolescentes, principalmente após a menarca, a avaliação da dor abdominal deve incluir causas ginecológicas. A história deve investigar: relação com o ciclo menstrual, intensidade da menstruação, duração e regularidade dos ciclos, dismenorrea, sangramento anormal, dor pélvica, corrimento vaginal, dor durante relação sexual, quando pertinente, possibilidade de gestação. Além disso, é importante incluir dismenorrea entre os diagnósticos diferenciais da dor abdominal crônica em crianças e adolescentes (SBP, 2019). Na avaliação da dor abdominal crônica pediátrica, o mais importante é não investigar indiscriminadamente todas as doenças, mas reconhecer padrões clínicos que direcionam o diagnóstico. A abordagem deve começar por anamnese detalhada, exame físico e avaliação do crescimento, utilizando exames complementares de maneira direcionada. Portanto, quando houver suspeita com base nos sinais de alarme, recomenda-se uma avaliação por pediatra e, preferencialmente, gastroenterologista pediátrico (SBP, 2024).

CONCLUSÃO

A abordagem dos distúrbios gastrointestinais pediátricos passou por mudanças significativas, consolidando a transição de investigações indiscriminadas para uma prática clínica direcionada e baseada em evidências. Diretrizes atuais para condições comuns, como a constipação funcional, priorizam critérios diagnós-

tics clínicos claros, como os critérios de Roma V e desaconselham o uso rotineiro de exames de imagem como ultrassom, ressonância e tomografia na ausência de sinais de alerta. Da mesma forma, na doença celíaca, a triagem sorológica estruturada com exames de IgA total e TGA-IgA estabeleceu um fluxo que permite, inclusive, um diagnóstico não invasivo sem biópsia em casos específicos com alta titulação de anticorpos. Nos DGBIs, incluindo a dor abdominal funcional, a enxaqueca abdominal, a dispepsia funcional e a síndrome do intestino irritável, a ênfase atual recai no reconhecimento da sobreposição de sintomas e na necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas e multidisciplinares, o que reduz a necessidade de investigações exaustivas e procedimentos desnecessários. Além disso, a monitorização de condições como a doença inflamatória intestinal pediátrica evoluiu para priorizar o uso combinado de marcadores clínicos, biomarcadores não invasivos como a calprotectina fecal e o ultrassom intestinal.

A implementação rigorosa dessas recomendações baseadas em evidências é crucial para evitar exames desnecessários, otimizar o manejo terapêutico e mitigar o forte impacto negativo na qualidade de vida das crianças e adolescentes. A identificação ágil e precisa de sinais de alerta como perda de peso, desaceleração do crescimento, sangramento nas fezes e febre recorrente, continua sendo o principal pilar para diferenciar distúrbios funcionais de patologias orgânicas graves, prevenindo atrasos diagnósticos que possam comprometer o crescimento e o desenvolvimento puberal ou resultar em complicações graves. Por fim, a consolidação de uma relação de confiança mútua entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, associada ao monitoramento contínuo e ao suporte nutricional adequado, é fundamental para assegurar a adesão ao tratamento e garantir um desenvolvimento infantil pleno e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMIL-DIAS, J.; *et al.* Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in children: an update from ESPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, p. 394–437, 2024. DOI: 10.1002/jpn3.12188.
- BLACK, C. J.; *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*, v. 71, p. 1697–1723, 2022. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-327737.
- BLACK, C. J.; FORD, A. C. An evidence-based update on the diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, v. 19, p. 1–16, 2025. DOI: 10.1080/17474124.2025.2455586.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- CAMILLERI, M.; BOECKXSTAENS, G. Irritable bowel syndrome: treatment based on pathophysiology and biomarkers. *Gut*, v. 72, n. 3, p. 590–599, 2023. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-328515.
- CHOI, Y.; *et al.* 2025 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, v. 31, p. 133–169, 2025. DOI: 10.5056/jnm25007.
- DING, K.; *et al.* Clinical features of abdominal migraine: a systematic review and summary of data from 662 patients. *Frontiers in Neurology*, v. 17, 1760307, 2026. DOI: 10.3389/fneur.2026.1760307.
- DI LORENZO, C.; *et al.* Lower and Biliary Disorders of Gut–Brain Interaction: Child and Adolescent. *Gastroenterology*, v. 170, p. 1367–1387, 2026. DOI: 10.1053/j.gastro.2026.01.036.
- DROSSMAN, D. A.; *et al.* Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. *Gastroenterology*, v. 170, p. 1083–1098, 2026. DOI: 10.1053/j.gastro.2026.02.014.
- HOMAN, M.; *et al.* Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents (2023). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, p. 758–785, 2024. DOI: 10.1002/jpn3.12314.
- IHARA, E.; *et al.* Evidence-based clinical guidelines for chronic constipation 2023. *Digestion*, v. 106, p. 62–89, 2025. DOI: 10.1159/000540912.
- KUCHARZIK, T.; *et al.* ECCO-ESGAR-ESP-IBUS guideline on diagnostics and monitoring of patients with inflammatory bowel disease: part 1. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 19, 2025. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjaf106.
- LEE, H. J.; *et al.* The etiologies and characteristics of chronic abdominal pain in children and adolescents in Korea. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, v. 29, p. 263–272, 2026. DOI: 10.5223/pghn.2026.29.3.263.
- LIU, J.; *et al.* Diagnostic efficacy of fecal markers combined with alarm symptoms in distinguishing functional and organic abdominal pain in children. *Frontiers in Pediatrics*, v. 13, 2026. DOI: 10.3389/fped.2025.1707990.
- LOMAZI, E. A.; *et al.* Brazilian consensus on the management of inflammatory bowel diseases in pediatric patients: a consensus of GEDIIB. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, p. 85–124, 2023. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-04.
- MAHADEVA, S.; *et al.* Second Asian Consensus Report on Functional Dyspepsia (2025): updated recommendations. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, v. 41, p. 832–853, 2026. DOI: 10.1111/jgh.70222.
- OLSON, C. G.; *et al.* Current opinion: functional dyspepsia. *Current Opinion in Gastroenterology*, v. 40, p. 470–476, 2024. DOI: 10.1097/MOG.0000000000001045.
- RAJINDRAJITH, S.; *et al.* Navigating through 65 years of insights: lessons learned on functional abdominal pain in children. *European Journal of Pediatrics*, v. 183, p. 3689–3703, 2024. DOI: 10.1007/s00431-024-05667-4.
- RUBIO-TAPIA, A.; *et al.* American College of Gastroenterology guidelines update: diagnosis and management of celiac disease. *American Journal of Gastroenterology*, v. 118, p. 59–76, 2022. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002075.

SEETHARAMAN, J.; *et al.* Recurrent abdominal pain in a child: evaluation and management. Indian Journal of Pediatrics, v. 92, p. 526–534, 2025. DOI: 10.1007/s12098-025-05469-y.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Dor abdominal crônica. Departamento Científico de Gastroenterologia. Rio de Janeiro: SBP, atualização ago. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Dor abdominal crônica na infância e adolescência. Departamento Científico de Gastroenterologia. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Doenças inflamatórias intestinais: pontos a enfatizar para o pediatra. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Documento científico do Grupo de Trabalho de Doenças Inflamatórias Intestinais.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Exames complementares nas doenças inflamatórias intestinais em pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2026. Documento científico do Grupo de Trabalho de Doenças Inflamatórias Intestinais.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Ultrassom intestinal nas doenças inflamatórias intestinais na pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2026. Documento científico do Grupo de Trabalho de Doenças Inflamatórias Intestinais.

TANG, Y.; *et al.* Analysis of clinical characteristics of centrally mediated abdominal pain syndrome, exploration of diagnostic markers and its relationship with the efficacy of duloxetine treatment. Medicine (Baltimore), v. 101, n. 48, 2022. DOI: 10.1097/MD.00000000000032134.